

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2017 73

Entscheid vom 15. November 2017

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
lic.iur. Josef Mathis, Gerichtsschreiber

Parteien

D._____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. Christian Haag,
Schwanenplatz 7, Postfach, 6002 Luzern,

gegen

IV-Stelle Schwyz, Rechtsdienst, Postfach 53, 6431 Schwyz,
Vorinstanz,

Gegenstand

Invalidenversicherung (Rente)

Sachverhalt:

A. D._____ (geb. 8.3.1961, seit 21.10.2010 zum 2. Mal geschieden) wurde in der Schweiz geboren und wuchs in Venezuela auf, wo sie von 1968 bis 1978 die Primar- und Sekundarschule besuchte. Nach der Scheidung der ersten (von 1978 bis 1988 dauernden) Ehe absolvierte sie von 1992 bis 1996 an der A._____ eine kaufmännische Ausbildung (Verwalterin; Administration) (vgl. IV-act. 9-4/6; 17-10/29; 20-1f./29; 20-25/29; 46-22/83). Im Jahre 2002 kehrte D._____ in die Schweiz zurück. Vom 20. Januar 2003 bis 30. April 2010 arbeitete sie als Pflege-mitarbeiterin in einem Pensum von 90% in E._____ in Gersau (Bf-act. 5). In dieser Zeit besuchte D._____ verschiedene, insb. auf den Pflegebetrieb bezogene Weiterbildungskurse (...). Seit dem 1. Juni 2011 arbeitete sie in einem Pensum von 80% als Pflegeassistentin im B._____ in Immensee (IV-act. 9-4). Am 25. August 2010 (Eingang IV-Stelle) meldete sich D._____ erstmals bei der IV-Stelle wegen eines psychischen Leidens zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Nach einem Gespräch mit dem IV-Berater vom 15. September 2010 (IV-act. 7), wurde die Früherfassung mit Mitteilung vom 17. September 2010 abgeschlossen (IV-act. 6).

B. Am 8. Mai 2015 (Eingang IV-Stelle) meldete sich D._____ erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an, mit der Begründung, sie leide an starken Rückenbeschwerden und z.Zt. an psychischen Beschwerden (IV-act. 9). Am 30. Mai 2016 teilte die IV-Stelle mit, es sei eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung vorgesehen (IV-act. 36). Der Begutachtungsauftrag wurde per Suisse-MED@P C._____ zugestellt (IV-act. 36). D._____ wurde am 10. August 2016 von verschiedenen Fachärzten begutachtet (IV-act. 45). Das interdisziplinäre Gutachten wurde am 13. Oktober 2016 (Eingang IV-Stelle) erstattet (IV-act. 46). Nach einer Stellungnahme der RAD-Ärztin F._____ (Fachärztin für Allgemeinmedizin) vom 13. Dezember 2016 (IV-act. 49-5/5) eröffnete die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 27. April 2017 und Mitteilung vom 7. Juni 2017, D._____ habe ab 1. Oktober 2016 Anspruch auf eine Viertels-Invalidenrente (IV-act. 53 und 55). Mit Verfügung vom 10. Juli 2017 sprach die IV-Stelle D._____ mit Wirkung ab 1. Oktober 2016 eine Viertelsrente der Invalidenversicherung zu (IV-act. 57 = Bf-act. 2).

C. Gegen diese Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 10. Juli 2017 lässt D._____ fristgerecht am 3. August 2017 (Postaufgabedatum) beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 10.7.2017 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin habe der Beschwerdeführerin eine dreiviertel Invalidenrente auszurichten.

3. Es sei gestützt auf Art. 6 Ziffer 1 EMRK und Art. 29 f. BV eine öffentliche Gerichtsverhandlung durchzuführen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge (inkl. MWSt) zulasten der Beschwerdegegnerin.

D. Mit E-Mailschreiben vom 23. Oktober 2017 liess D._____ den Antrag auf eine öffentliche Verhandlung zurückziehen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Invalidität setzt eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit voraus (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] sowie Art. 3 und 6 ff. Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] i.V.m. Art. 1 Abs. 1 IVG). Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

Die versicherte Person hat nach Art. 28 Abs. 2 IVG

- Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent,
- Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent,
- Anspruch auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent,
- und Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid ist.

1.2 Massgebend für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG (Art. 28a Abs. 1 Satz 1 IVG). Zur Ermittlung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (= sog. hypothetisches Invalideneinkommen), zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Die Invalidität ist auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte. Nicht entscheidend ist für die Invaliditätsbemessung, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der ihr verbliebenen Erwerbsfähigkeit Gebrauch macht oder nicht (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, N 27 zu Art. 28a IVG).

1.3 Die Invalidität bemisst sich somit nicht nach medizinischen, sondern nach wirtschaftlichen, erwerblichen Kriterien, nach der Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist das Unvermögen, auf dem gesamten für die versicherte Person in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt die verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise wirtschaftlich zu verwerten (BGE 109 V 25 Erw. 3d; 106 V 86 Erw. 2b; 105 V 139 Erw. 1c; 98 V 166 Erw. 2). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (vgl. BGE 105 V 139 Erw. 1b).

1.4 Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen. Der Arzt hat auch dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 Erw. 4; 125 V 256 Erw. 4).

1.5 In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 351 Erw. 3a; Urteil des Bundesgerichts 9C_751/2013 vom 6.5.2014 Erw. 4.1.1). Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialisten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist regelmässig volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 227 Erw. 1.3.4 mit Hinweis).

2. Zur gesundheitlichen Situation und zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten lässt sich dem medizinischen Aktendossier u.a. was folgt entnehmen:

2.1 Vom 23. Juni 2010 bis 30. Juli 2010 wurde die Versicherte in der Psychiatrischen Klinik AA._____ stationär behandelt. Im Austrittsbericht vom 6. August 2010 (visiert vom Oberarzt Dr.med. G._____ und der Psychologin FSP/SGRP lic.phil AB._____) wurde eine mittelgradige depressive Episode (ICD10: F32.1) diagnostiziert. In der Beurteilung wurde u.a. berichtet, der Fokus der Behandlung habe in der Verarbeitung der Trennung vom Ehemann gelegen. Ein weiterer Fokus habe in der Erarbeitung von schlaffördernden Massnahmen und dem Einhalten der Tagesstruktur gelegen. Die Wiederaufnahme der externen Arbeit als stabilisierende Tagesstruktur werde prognostisch genauso wichtig erachtet, wie regelmässige Gesprächstherapien und die zuverlässige Medikamenteneinnahme. Unter Einhaltung dieser Faktoren könne von einer guten Prognose ausgegangen werden. Die Versicherte sei nach der stationären Behandlung in deutlich stabilerem psychischem Zustand in die alten Verhältnisse ausgetreten. Die Arbeitsfähigkeit bei Austritt betrage 100% (IV-act. 23-2ff./7).

2.2 Dr.med. H._____ (Konsiliararzt Angiologie im Spital Schwyz) erhob im Bericht vom 16. Juli 2012 die Diagnosen: 1. Besenreiser und retrikuläre Varikose bds. ohne Stammveneninsuffizienz (Duplex 16.07.2012), 2. Adipositas, 3. Chronisches Lumbovertebralsyndrom, 4. Gastroösophageale Refluxbeschwerden. Weiter hielt er u.a. fest, eine klinisch relevante venöse Insuffizienz im Bereich der unteren Extremitäten bds. könne er ausschliessen. Farbduplexsonographisch finde er am linken Bein eine suffiziente V. saphena magna und parva und lediglich kleine retikuläre Varizen im Wadenbereich. Aufgrund dieser Befunde und der auch im Liegen bestehenden Schmerzen könne er diese nicht auf eine venöse Ursache zurückführen (IV-act. 17-28f./29).

2.3 Dr.med. I._____ (Leitender Arzt Orthopädie im Spital Schwyz) stellte im Bericht vom 11. Dezember 2012 die Diagnose: Plantarfaszitis rechts bei Plattfuss rechts. Unter 'Beurteilung und Prozedere' empfahl er eine Weichbettung nach Mass zur Stützung des medialen Längsgewölbes (IV-act. 17-25/29).

2.4 Im Bericht über die radiologische Untersuchung (MRT HWS ohne KM) vom 24. Mai 2013 notierte Dr.med. J._____ (Facharzt Radiologie im Institut für Radiologie und Nuklearmedizin in der Hirslanden Klinik St. Anna) in der Beurteilung eine deutliche Foraminalstenose C4/C5 rechts mit Kompression der Wurzel C5. Geringere Spondylosen C3/C4, C5/C6 und C6/C7, jeweils rechts im Rahmen der linkskonvexen Skoliose. Keine Diskushernie. Keine Spinalkanalstenose. Keine

Zeichen einer Myelopathie. Nebenbefundlich Zeichen der Sinusitis maxillaris rechts, möglicherweise auch Ethmoiditis (IV-act. 11-2/2).

2.5 Im Bericht über die radiologische Untersuchung (MRT LWS mit Kontrastmittel/MRT ISG mit KM) vom 8. Oktober 2013 hielt Dr.med. K._____ (Facharzt Radiologie im Institut für Radiologie und Nuklearmedizin in der Hirslanden Klinik St. Anna) im Befund einen Wasserverlust der Bandscheiben zwischen L2/L3, L4/L5 und L5/S1 fest. Keine akute Wirbelkörperfraktur. Deutliche Bandscheibenverschmälerung zwischen BWK11 und BWK12. Leichte rechtskonvexe Skoliose. Auf Höhe von L1/L2, L2/L3 und L3/L4 ergebe sich keine Neurokomprimierung. Leichte Spondylarthrosen. Konzentrische Diskusbulging auf Höhe von L4/L5 mit einem dorsalen Anulusriss. Leichte Duralsackkomprimierung in Medianebene. Spondylarthrosen beidseitig. Auf Höhe von L5/S1 ergebe sich eine kleine Diskusprotrusion in Medianebene und nach links paramedian reichend mit leichter Duralsackkomprimierung. Die linksseitige Wurzel von L1 könnte leicht berührt sein. Nach intravenöser Kontrastmittelgabe würden sich keine Hinweise für eine Spondylodiszitis ergeben. Die Synovia des linksseitigen kleinen Wirbelgelenkes auf Höhe von L3/L4 nehme Kontrastmittel auf, ähnliche Befunde jedoch weniger ausgeprägt auf Höhe von L4/L5 und L5/S1. Hier könnte eine Synovitis vorliegen. Eine ISG-Arthritis liege nicht vor. In der Beurteilung wurde der Verdacht auf beginnende Synovitis der kleinen Wirbelgelenke auf Höhe von L3/L4 links und L4/L5 bzw. L5/S1 beidseitig notiert (IV-act. 11-1/2).

2.6 Dr.med. L._____ (Facharzt FMH für Anästhesie und Intensivmedizin, FA interventionelle Schmerztherapie FMH/SSIPM, Luzern) erhob im Bericht vom 9. November 2013 folgende Diagnosen (IV-act. 17-21f./29):

- Vordergründig lumboradikuläre Beschwerden rechts
 - Konzentrisches Diskusbulging und Anulusriss L4/5 (MRI 8.10.2013)
 - Facettengelenkdegenerationen L3 bis S1
- Cervikovertebrales Syndrom
 - Deutliche Foraminalstenose C4/5 rechts mit Kompression der Wurzel C5
 - Geringere Spondylosen C3/4, C5/6 und C6/7 jeweils rechts im Rahmen der linkskonvexen Skoliose
 - St. n. PDA cervical am 17.6.2013

In der Beurteilung wurde festgehalten, die Beschwerden würden mit unklarer Ursache verbleiben. Die Radikulopathie bis zum Fussgelenk rechts gebe Hinweise auf eine spinale Ursache. Eine diagnostische und hoffentlich therapeutisch wirksame PDA erscheine angezeigt. Die Patientin berichte, dass auch die cervikalen Schmerzen wieder aktiver seien. Primäre Fragestellung sei aber aktuell lumbal.

2.7 Dr.med. M._____ (FMH für Neurochirurgie, Hirslanden Zentralschweiz) diagnostizierte am 4. Februar 2014 eine anhaltende Glutealgie rechts bei ausgeprägter muskuloskelettaler Dysbalance bei deutlicher Beinlängendifferenz zu Ungunsten von rechts (IV-act. 17-19/29). Unter 'Prozedere' vermerkte er u.a., bildgebend würden sich die geringen degenerativen Veränderungen der LWS zeigen. Die anhaltenden Beschwerden interpretiere er eher im Rahmen einer ausgeprägten muskuloskelettalen Dysbalance, möglicherweise getriggert durch die Beinlängendifferenz zu Ungunsten von rechts. Es biete sich mittelfristig der Versuch einer eingepassten Schuheinlage an.

2.8 Am 12. März 2014 überwies der Hausarzt AD._____ (prakt. Arzt FMH) die Versicherte zur Abklärung von postprandialem Oberbauchschmerz etc. an Dr.med. N._____ (Gastroenterologie FMH, Schwyz) (IV-act. 17-15/29) und am 21. Mai 2014 wegen erneut progredienter somatisierender Depression an den sozialpsychiatrischen Dienst (SPD) Goldau (IV-act. 17-17/29).

2.9 Im Arztbericht zuhanden der IV-Stelle vom 25. Mai 2015 stellte der Hausarzt AD._____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: F32.8 mit Somatisierungstendenz sowie F32.1 → Oberwil 23.6. - 30.7.10 → empfohlenes Venlafaxin wird nicht genommen; bestehend seit >5 Jahre. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit listete er auf: Degenerative Bandscheibenveränderungen BWK 11/12, V.a. Synovitis kleinen Wirbelgelenke L3/L4/5 +S1 bds., muskuläre Dysbalance, Beinlängendifferenz, degeneratives HWS-Syndrom, Migräne und chronisches Lumbovertebralsyndrom (IV-act. 17-1ff./29).

Weiter hielt der Hausarzt u.a. fest, die Patientin werde seit Oktober 2010 immer wieder ambulant behandelt. Seit er sie kenne (ca. 5 Jahre) leide sie an Müdigkeit, Überlastungsgefühl, Schmerzen überall. Der ärztliche Befund laute auf mehrere altersentsprechende degenerative Veränderungen. Die aktuelle Behandlung erfolge nur symptomorientiert: Schmerzmittel, Migränemittel, AUZ (bei subsidiärer Arbeitsunfähigkeit in ihrem Beruf). Aktuell erfolge keine Medikation. Nach einer Arbeitsunfähigkeit wegen einer OSG-Distorsion rechts am 15. Februar 2015 arbeite sie laut seinen Akten seit 13. April 2015 wieder zu 100%. Als zukünftige Therapie empfehle er zunächst Antidepressiva und Psychotherapie, ggf. später orthopädischer "Feinschliff", wodurch sich die Einschränkungen vermutlich vermindern lassen würden. Körperlich wäre die Patientin altersentsprechend belastbar. Psychisch bestehe eine somatisierende Depression, eine verminderte allgemeine Belastbarkeit (inkl. Stress); rasche Erschöpfung, körperliche Erschöpfung als Folge des Geistes. Insofern bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Die bisherige Tätigkeit sei ihr aus medizinischer Sicht momentan evtl. zu

50% zumutbar. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei sie 8 Std./Tag arbeitsfähig, evtl. mit einer Gewichtslimite beim Heben.

Im Beiblatt zum Arztbericht berufliche Integration/Rente führte der Hausarzt u.a. weiter aus, die bisherige Tätigkeit sei der Versicherten weiterhin 8 Std./Tag zumutbar. Allenfalls sei sie von schwerem Heben zu entbinden und von "Stress" zu befreien. Alle anderen Tätigkeiten im Sitzen plus Wechsel sitzend/stehend/gehend seien ihr 8 Std./Tag zumutbar. Im Vergleich zum Durchschnitt sei sie, ohne signifikante körperliche Behinderung, unterdurchschnittlich belastbar. Es sei eine Leistungsfähigkeit von ca. 70% zu erwarten (IV-act. 17-8f./29).

2.10 Im Arztbericht "Berufliche Integration/Rente" des SPD Goldau vom 30. Juni 2015, visiert von Dr.med. O. _____ (Leitende Ärztin), wurde die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung erhoben, aktuell mittelschwer mit somatischem Syndrom (ICD-10:F33.11), bei Persönlichkeitsstruktur mit ängstlich unsicheren und abhängigen Zügen/Akzentuierte Persönlichkeitszüge (erstbekannte Episode im Jahr 2013, vermutlich seit Jugend) (IV-act. 21).

Weiter wurde u.a. ausgeführt, seit 2010 erfolge fortlaufend (mit Unterbruch) eine ambulante Behandlung. Im Jahr 2003 hätten insgesamt fünf Gespräche im SPD Goldau wegen Erschöpfungsdepressionen stattgefunden. Im Jahr 2010 sei eine Wiedervorstellung mit ausgeprägter depressiver Entwicklung und Schlafstörungen erfolgt. Die Schwere der Depression habe eine stationäre Behandlung notwendig gemacht. Danach sei die Depression weitgehend remittiert und die Behandlung habe zunächst abgeschlossen werden können. Im April 2011 sei die ambulante Behandlung im SPD fortgeführt worden. Im Juni 2014 sei die Wiederanmeldung wegen depressiver Symptomatik erfolgt, seither erfolge wieder ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung im SPD. Die depressiven Symptome seien durch ausgeprägte Rückenschmerzen ausgelöst worden, welche rasch von massiven Schlafstörungen begleitet worden seien. Vom Hausarzt habe sie zunächst Xanax, später Zolpidem erhalten. Die erneute Installation einer antidepressiven Medikation sei von der Patientin bislang mit Verweis auf diverse Unverträglichkeiten abgelehnt worden. Im Verlauf neben gedrückter Stimmung Konzentrationsproblem, Antriebsminderung, teils Angstzustände beim Alleinsein, Insuffizienz- und Überforderungsgefühle. Prognostisch ungünstig erscheine, dass bereits die dritte, doch mindestens mittelschwer ausgeprägte depressive Episode in den letzten 12 Jahren aufgetreten sei und die Kombination mit Rückenbeschwerden im somatischen Bereich. Prognostisch günstig könne die erfolgreiche Behandlung im Jahr 2010/2011 gewertet werden und dass die Versicherte prinzipiell behandlungs- und krankheitseinsichtig sei.

Nach Schilderung der Vorgesetzten sei die Leistung der Versicherten in den letzten Wochen und Monaten spürbar abnehmend, man mache sich Sorgen um ihre Gesundheit. Sie sei einerseits eingeschränkt durch Rückenprobleme, andererseits fielen bei der Arbeit ausgeprägte Konzentrationsschwierigkeiten und Müdigkeit auf. Als Pflegeassistentin sei sie wegen der depressiven Symptomatik mit niedergedrückter Stimmung, ausgeprägter Schlafstörung, Konzentrations- und Auffassungsminderung, Verlangsamung seit 22. Juni 2015 - fortlaufend 50% arbeitsunfähig. Die bisherige Tätigkeit sei ihr aus medizinischer Sicht in einem zeitlichen Rahmen von aktuell max. 50% zumutbar, ggf. auch in diesem Zeitraum mit Leistungseinschränkungen von ca. 20-30%. Durch die Etablierung einer antidepressiven Medikation und Ausbau der Therapie (aktivierend), ggf. auch stationäre Behandlung liessen sich die Einschränkungen möglicherweise vermindern.

2.11 Dr.med. P._____ (Chiropraktik) erhob im Bericht vom 28. Juli 2015 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisch spondylogenes Lumbovertebralsyndrom rechts, ein chronisch spondylogenes Zervikovertebralsyndrom bei Wurzelkompression C5 rechts mit assoziierten Kopfschmerzen sowie eine Dorsalgie (IV-act. 24- 1ff./26).

Weiter wurde u.a. ausgeführt, die Versicherte leide seit Jahren unter Nackenschmerzen mit intermittierenden und invalidisierenden Kopfschmerzen sowie thorakalen und lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung bis zum Fussgelenk rechts, sowie unter starken Schlaf- und Konzentrationsstörungen. Die Schlafstörungen würden hauptsächlich durch die starken Schmerzen verursacht. Allgemein erfahre die Patientin eine Verschlimmerung der Schmerzen nach der Arbeit im Pflegheim. Eine Verbesserung könne durch Therapie und anschliessenden Ruhephasen erzielt werden. Alle Beschwerden hätten sich als äusserst hartnäckig herausgestellt, z.T. könne eine temporäre Erleichterung der Schmerzen mit Therapie erreicht werden, welche jedoch durch Belastung schnell wieder weggemacht werde. Die Verstärkung der Schmerzen sei belastungs- und bewegungsabhängig und ein Pflegeberuf sei ihres Erachtens nicht möglich. Zusätzlich würden eine Schlafstörung und eine Konzentrationsschwäche bestehen, welche eine Fehleranfälligkeit zur Folge haben könnten. Aktuell sei keine Tätigkeit angepasst. Durch gezielte Therapien könne eine zumindest temporäre Verbesserung hergestellt werden, welche aber zum schmerzfreien Ausführen ihrer Tätigkeit nicht ausreiche. Nach ihrer Ansicht sollte ein Pensum von 20% nicht überschritten werden. Eine temporäre Krankenschreibung von 100% Arbeitsunfähigkeit und ein stationärer Klinikaufenthalt könnten sich positiv auf die gesundheitliche Situation der Versicherten auswirken oder diese zumindest

verbessern (ebenso im Beiblatt zum Arztbericht berufliche Integration/Rente vom 28.7.2015, IV-act. 24-5f./6).

2.12 Im Bericht des SPD Goldau vom 30. Juni 2015 an die Krankenversicherung (visiert von Dr.med. Q.____), wurde die Diagnose aus dem Bericht vom 30. Juni 2015 (IV-act. 21) bestätigt und u.a. festgehalten, "ab 1.9.2015 vorerst keine Krankschreibung, der weitere Verlauf muss abgewartet werden" (IVS-act. 1-2f./6).

"In der Leistungszusammenstellung Taggeld" der Krankenversicherung werden für den Monat September 2015 keine Taggeldleistungen der Krankenversicherung gelistet (IVS-act. 1-6./6). Gemäss den Angaben der Arbeitgeberin bezog die Versicherte im September 2015 Ferien (vgl. IV-act. 31).

2.13 Vom 26. Oktober 2015 bis 19. November 2015 wurde die Versicherte in CA.____ stationär behandelt. Im Austrittsbericht vom 18. November 2015 (visiert vom Chefarzt Dr.med. R.____, dem Oberarzt Dr.med. S.____ und der Abteilungsärztin Dr.med. T.____) wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-act. 28-1ff./14):

Rezidivierende depressive Episode mit/bei F33.0

- Ängstlichem Zustand und abhängigen Zügen
- Aktuell: Insomnie (Durchschlafstörung) und Asthenie

Chronisches Panvertabralsyndrom mit/bei M54.89:

- Zervikovertebralsyndrom bei anamnestisch Wurzelkompression C5 rechts mit assoziierten Kopfschmerzen, aktuell ohne neurologische Defizite
- Bewegungsabhängigen Lumbalgien ohne neurologische Defizite
- Degenerativen Veränderungen mit Keilwirbel BWK 5/6, unregelmässige Konturierung der Deck- und Bodenplatten

Mittelgradiges obstruktives Schlafapnoe Syndrom ED 11.2015 G47.31

- ESS 9/24, BMI 25.8 kg/m²
- Polysomnographie am 11.2015: AHI 28/h, ODI 27/h, Sauerstoffbaseline 92% bis minimal 75%
- Einleitung einer Auto CPAP Therapie mit 5-10 cm H₂O

Vit D3 Mangel E55.9

- 64 nmol/l
- Aktuell substituiert

Unter 'Beurteilung Therapie und Verlauf' wurde u.a. festgehalten, die Etablierung /Anpassung von Schmerzmitteln habe zur Verbesserung der Schlafqualität der Müdigkeit geführt. Wegen den Durchschlafstörungen sei eine Pulsoxymetrie durchgeführt worden. Die Werte hätten die Notwendigkeit einer CPAP-Therapie gezeigt. Die bekannte Osteoporose werde aktuell mittels Vitamin D3 behandelt. Bei Austritt habe die lumbale Schmerzsymptomatik deutlich abgenommen. Seitens des Knies sei es ebenfalls zu einer Schmerzreduktion gekommen. Die Stimmung habe stabilisiert werden können. Die Patientin sei in gutem

Allgemeinzustand und stabilem psychischen Zustand entlassen worden. Die Physiotherapie sollte weitergeführt werden um die Fehlhaltung und Beschwerden zu verbessern. Die Psychotherapie im SPD Goldau sollte fortgeführt werden.

2.14 Im Verlaufsbericht des SPD Goldau vom 26. April 2016 an die IV-Stelle (visiert von Dr.med. Q._____) wurde u.a. eine leichte Besserung der Beschwerden von psychiatrischer Seite nach Austritt aus der Klinik notiert; weniger Müdigkeit, mehr Antrieb. Bei der Arbeitsstelle sei eine Steigerung des Pensums geplant gewesen. Seit 1. März 2016 sei die Patientin vom Hausarzt formell derzeit nur noch 30% krankgeschrieben. Faktisch arbeite sie jedoch weiterhin nur im 50%-Pensum, da sie aufgrund zahlreicher Überstunden kein höheres Pensum erfüllen müsse. Zudem sei sie mit dem 50%-Pensum an ihrer Grenze angelangt. Laut der Vorgesetzten sei die Patientin nur sehr eingeschränkt einsetzbar, nur nachmittags und weniger mit pflegerischen Aufgaben, bzw. weniger Aufgaben mit Verantwortung. Sie bringe in der Präsenzzeit eine deutlich eingeschränkte Leistung. Aus psychiatrischer Sicht bestehe medizinisch-theoretisch ein Arbeitsfähigkeit von ca. 40% (inkl. eingeschränkter Leistungsfähigkeit, das zumutbare Anwesenheitspensum liege höher (IV-act. 34).

2.15 Die RAD-Ärztin F._____ hielt in einer Stellungnahme vom 23. Mai 2016 fest, sie sehe hier einiges an psychosozialen Überlagerungen (mangelhaftes soziales Umfeld wegen vormalig langjährigem Leben in Venezuela, Trennung vom Partner, etc.). Das dauerhaft IV-relevante Psychiatrische daran könne sie schlecht einschätzen. Seitens des Rückens sehe sie die Versicherte nicht mehr voll AF in ihrer Tätigkeit in der Pflege (was so von der Chiropraktikerin reflektiert werde). Besser wäre eine leichte wechselbelastende Arbeit, diese somatisch betrachtet aber in Vollzeit. Sie schlug ein interdisziplinäres Gutachten vor, mit den Fachrichtungen Psychiatrie, Orthopädie und fallführendem Allgemeininternist (IV-act. 35).

2.15 Am 13. Oktober 2016 (Eingang IV-Stelle) erstatte das C._____ ein interdisziplinäres orthopädisch-psychiatrisch-internistisches Gutachten, welches auf Untersuchungen vom 10. August 2016 durch Dr.med. U._____ (Spezialarzt für Innere Medizin FMH), Dr.med. V._____ (Spezialarzt für Orthopädie FMH, Zertifizierter medizinischer Gutachter SIM) und Dr.med. W._____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) basiert, und von diesen Fachärzten unterzeichnet wurde (IV-act. 46). In der polydisziplinären Konsensbeurteilung wurde u.a. was folgt festgehalten (IV-act. 46-45ff./79):

(...)

12. Diagnosen:

12.1 Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Pseudocervicobrachialgie links bei geringen Facettengelenksarthrosen C3-6 ohne neurale Kompression

Vermehrte, inkomplett redressierbare Kyphose der Brustwirbelsäule mit Keilwirbelbildung vor allem Th8 und 9 und Deckplattenunregelmäßigkeiten Th9/10 aber auch Th11/12

Pseudolumboischialgie links bei leichter Synovitis der Facettengelenke L3/4 und L4/5 sowie leichter Spondylarthrose L5/S1 ohne neurale Kompression
Bikompartimentale Gonarthrose mit Riss des medialen Meniskushinterhorns bei Nullachse rechts

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, ICD-Nr. F33.11

12.2 Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Senkfüsse

Akzentuierte, ängstliche, selbstunsichere, abhängige Persönlichkeitszüge, ICD-Nr. Z73.1

Präadipositas

Obstruktives Schlafapnoe Syndrom

Migräne

Urininkontinenz

Rhinoconjunctivitis allergica

Besenreisvarizen an beiden Unterschenkeln

13. Beantwortung der Fragen:

13.1 Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im polydisziplinären Konsens:

Die Arbeitsfähigkeit als Pflegehelferin, einer körperlich mittelschweren Tätigkeit, vorwiegend stehend und gehend, mit häufig inklinierten Körperhaltungen, beträgt aufgrund der Pseudocervicobrachialgie links bei geringen Facettengelenksarthrosen C3-6 mit temporärer neuraler Kompression C5 rechts, der Pseudolumboischialgie links bei leichter Synovitis der Facettengelenke L3/4 und L4/5 sowie leichter Spondylarthrose L5/S1 ohne neurale Kompression bei voller Stundenpräsenz seit 5/2013 50% (Arbeitsunfähigkeit 50%). Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom und Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Interessen, der Motivation, der Kontaktfähigkeit und der Dauerbelastbarkeit, besteht auch aus psychiatrischer Sicht seit 6/2015 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 50% (Arbeitsunfähigkeit 50%) als Pflegehilfe. Der vorangehende Zeitraum kann nach den anamnestischen Angaben psychiatrisch nicht eindeutig eingeschätzt werden.

13.2 Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit:

Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen, ohne häufiges Laufen, insbesondere auf Treppen, Leitern und schrägen Ebenen sowie ohne häufige kniende Positionen, können seit 5/2013 bei voller Stundenpräsenz zu 100% (Arbeitsunfähigkeit 0%) zugemutet werden. Zusätzlich Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne

Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung können seit 6/2015 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz zu 60% (Arbeitsunfähigkeit 40%) zugemutet werden.

13.3 Berufliche Eingliederungsfähigkeit:

Die festgestellte Arbeitsfähigkeit besteht seit 5/2013 und einer sofortigen Steigerung der Arbeitsfähigkeit stehen keine medizinischen Hinderungsgründe entgegen.

13.4 Prognose:

(...) Die Prognose ist bei mehretägigen degenerativen Veränderungen der LWS, dem fortgeschrittenen Knorpelschaden des rechten Kniegelenks und der Fixierung der Probandin auf die Beschwerden nicht sehr günstig. (...) Aus psychiatrischer Sicht erscheint die Prognose nach dem bisherigen Krankheitsverlauf nur begrenzt günstig. Die Explorandin bedarf einer regelmässigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung kombiniert mit einer ausreichend dosierten antidepressiven Medikation, die auch regelmässig einzunehmen ist. Unter diesen therapeutischen Massnahmen ist eine Besserung des psychischen Zustandsbildes innerhalb eines Jahres mit Leistungssteigerung und gesamthaft bei voller Stundenpräsenz etwa 70%iger Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit medizintheoretisch zu erwarten. Allerdings dürften sich die akzentuierten Persönlichkeitszüge eher ungünstig auf den Krankheitsverlauf auswirken und auch die Compliance bezüglich einer Medikamenteneinnahme erscheint fraglich.

13.5 Bei Einschränkung der Arbeitsfähigkeit überwiegen hier psychosoziale Faktoren oder ist eine allfällige Arbeitsunfähigkeit vor allem auf ein psychisches oder ein somatisches Leiden mit Krankheitswert zurückzuführen?

Die Arbeitsfähigkeit ist durch ein somatisches und ein psychisches Leiden mit Krankheitswert eingeschränkt. Ein Überwiegen von psychosozialen Faktoren besteht nicht und an psychosozialen Faktoren finden sich vor allem eine Teilzeittätigkeit, finanzielle Belastungen und Zustand nach gescheiterten Partnerbeziehungen. (...)

2.16 Die RAD-Ärztin F._____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 13. Dezember 2016 fest, die Einschränkung der behinderungsangepassten Arbeitsfähigkeit (40% AUF) erfolge durch den psychiatrischen Gutachter. Der Orthopäde gebe im Wesentlichen ergonomische Einschränkungen wieder, keine Pensumsreduktion. Psychiatrischerseits könne mittels adäquaterer Therapie noch eine Steigerung auf 70% Arbeitsfähigkeit erreicht werden. Für sie heisse das, dass langfristig und medizinisch theoretisch die Arbeitsfähigkeit nicht ganz scharf formuliert werden könne. Sie liegt irgendwo zwischen 60% und 70% (50% für die bisherige Tätigkeit in der Pflege auch orthopädischerseits). Vorab könnten die 60% Arbeitsfähigkeit übernommen werden, inkl. einer Auflage zu regelmässigeren Weiterführung der psychiatrischen Behandlung. Frequenzen könnten durch den Behandler bestimmt werden (IV-act. 49-5/5).

3.1 Abstützend auf das C._____-Gutachten vom 13. Oktober 2016 (IV-act. 46) und der Stellungnahme der RAD-Ärztin F.____ von 13. Dezember 2016 (IV-act. 49-5/5) ist die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 10. Juli 2017 (Bf-act. 2) von einer Arbeitsfähigkeit von 60% in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ausgegangen, was von der Versicherten nicht beanstandet wird, weswegen sich weiteren Ausführungen hierzu erübrigen.

3.2.1 Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades hat der vorinstanzliche Abklärungsdienst beim hypothetischen Valideneinkommen darauf abgestellt, dass die Versicherte im Gesundheitsfall in einem 90%-Arbeitspensum als Pflegeassistentin erwerbstätig wäre, was unbestritten geblieben ist.

Ausgehend vom Arbeitgeberbericht des B.____ vom 20. Mai 2015, wonach die Versicherte in einem 80%-Pensum ab 1. Januar 2015 ein Jahreseinkommen von Fr. 47'879.-- erzielt hat (IV-act. 15-2/11), hat der Abklärungsdienst ein Jahreseinkommen in einem 90%-Arbeitspensum von Fr. 53'864.-- errechnet und dazu den Mittelwert der Sonntagszuschläge der Jahre 2013 und 2014 von Fr. 1'172.30 (Fr. 1'106.35 + Fr. 1'238.25 \cdot 2; vgl. IV-act. 15-10f./11 Pos. 2851) addiert, was ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 55'036.30 (Fr. 53'854.-- + Fr. 1'172.30) ergibt (vgl. IV-act. 52-4/6).

Bei dieser Berechnung wurde im Abklärungsbericht vom 17. März 2017 offenbar übersehen, dass die Versicherte im Jahre 2016 eine Lohnerhöhung erhalten hat. Gemäss dem Schreiben der Arbeitgeberin an die IV-Stelle vom März 2016 (IV-act. 31) betrug der Monatslohn bei einem 80%-Pensum damals Fr. 3'716.-- (im Jahre 2015 noch Fr. 3'683.--; vgl. IV-act. 15-9/11), woraus ein Jahreseinkommen 2016 von Fr. 48'308.-- (Fr. 3'716.-- \times 13) resultiert. Umgerechnet auf ein 90%-Arbeitspensum ergibt dies einen Betrag von Fr. 54'346.50. Zuzüglich des (ebenfalls auf ein 90%-Arbeitspensum umgerechneten) Mittelwerts der Sonntagszuschläge der Jahre 2013 und 2014 von total Fr. 1'318.85 resultiert ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 55'665.35.

3.2.2 Beim (hypothetischen) Invalideneinkommen hat der Abklärungsdienst vorab festgehalten, dass die Versicherte weiterhin in einem 50%-Arbeitspensum in der angestammten Tätigkeit als Pflegeassistentin im Missionshaus Bethlehem erwerbstätig ist, was - ohne Lohnerhöhung im Jahre 2017 (vgl. dazu IV-act. 52-4/6) - in der angestammten Tätigkeit ein Invalideneinkommen von Fr. 30'575.70 (Fr. 55'036.30 \cdot 90% \times 50%) ergeben hat (vgl. IV-act. 52-4/6).

Ausgehend von einem hypothetischen Valideneinkommen von Fr. 55'665.35 (vgl. Erw. 3.2.1 hiervoor) beträgt das Invalideneinkommen in der angestammten Tätigkeit nach derselben Berechnung somit Fr. 30'925.20.

3.2.3 Bei der Berechnung des hypothetischen Invalideneinkommens in einer behinderungsangepassten Tätigkeit hat der Abklärungsdienst auf den Medianwert der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE 2014) TA1, Total (Ziff. 1-93), Kompetenzniveau 1, Frauen von Fr. 51'600.-- (12 x Fr. 4'300.--) abgestellt, diesen auf eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (gemäss BFS Tabelle: Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche) umgerechnet (./. 40 Std. x 41.7 Std.) und an die Entwicklung der Nominallöhne angepasst (gemäss BFS Tabelle 39, Frauen Stand 2014 = 2673, Stand 2015 = 2686; vgl. BGE 142 V 178 Erw. 2.5.8.2), was für das Jahr 2015 ein hypothetischen Invalideneinkommen im Vollpensum von Fr. 54'055.-- ergibt. Umgerechnet auf eine Arbeitsfähigkeit von 60% (vgl. Erw. 3.1 hiervor) resultiert daraus ein hypothetisches Invalideneinkommens in einer angepassten Tätigkeit von Fr. 32'433.-- (Fr. 54'055.-- ./. 100% x 60%).

Anzufügen ist, dass die Versicherte in einer behinderungsangepassten Tätigkeit allenfalls darauf angewiesen ist, auch ein neues Betätigungsfeld zu suchen, weswegen ein Abstellen auf das "Total (Ziff. 1-93)" Kompetenzniveau 1, Frauen, gemäss Tabelle TA1 nicht zu beanstanden ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_622/2016 vom 21.12.2016 Erw. 5.2.3 m.w.H.). Nachdem beim hypothetischen Valideneinkommen auf das Jahreseinkommen 2016 abgestellt wurde, ist indessen auch das hypothetische Invalideneinkommen auf den Stand 2016 der BFS Tabelle 39, Nominallöhne Frauen (= 2709) anzupassen, was im Vollpensum ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 54'517.50 und bei einer Arbeitsfähigkeit von 60% ein solches von Fr. 32'710.50 ergibt.

3.3 Der Rüge der Versicherten, das hypothetische Valideneinkommen sei zu tief beziffert, kann nicht gefolgt werden. Gemäss den vorstehenden Berechnungen liegt das auf ein 90%-Pensum umgerechnete hypothetische Valideneinkommen von Fr. 55'665.35, welches auf dem im Jahre 2016 im 80%-Pensum erzielten Einkommen basiert, über dem auf dem Medianwert der Tabellenlöhne LSE 2014 TA1 basierenden (auf eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden umgerechneten und auf den Stand 2016 der Nominallöhne Frauen angepassten hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 54'055.-- in einem 100%-Pensum. Das hypothetische Valideneinkommen von Fr. 55'665.35 liegt sodann auch erheblich über dem (auf eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden umgerechneten und auf den Stand 2016 der Nominallöhne Frauen angepassten Medianwert der Tabellenlöhne LSE 2014 TA1, Ziff. 86-88 (Gesundheits- und Sozialwesen), Kompetenzniveau 1, Frauen im 90%-Pensum von Fr. 51'861.35 (12 x Fr. 4'545.-- ./. 40 x 41.7 ./. 2673 x 2709 x 0.9).

Es liegt somit in casu gar kein unterdurchschnittliches Valideneinkommen vor, welchem im Rahmen der Invaliditätsbemessung Rechnung zu tragen wäre (BGE 135 V 297 Erw. 6.1.2). Eine "Lohnreduktion" bei Anstellungsbeginn per 1. Juni 2011, mit welcher die damals neue Arbeitgeberin den Umstand kompensiert haben sollte, dass sie in der Person der Versicherten "nicht die effizienteste Pflegehelferin" eingestellt habe (Beschwerde vom 2.8.2017 S. 7), ist nicht erkennbar. Daran ändert auch nichts, dass die frühere Arbeitgeberin der Versicherten am 30. April 2011 lediglich ein 'mittelmässiges' Zeugnis (Bf-act. 5) ausgestellt hat. Dasselbe gilt grundsätzlich auch für die Verwarnung vom 19. August 2004 oder der Zielvereinbarung vom 22. September 2007 (Bf-act. 3 f.), mit welchen arbeitsplatzbezogene Defizite der Versicherten angesprochen worden sind.

Im Weiteren trifft es auch nicht zu, dass die Arbeitgeberin ihre Rücksichtnahme auf die gesundheitlichen Einschränkungen der Versicherten damit kompensiert habe, dass sie ihr keine Lohnerhöhung ausgerichtet habe (Beschwerde vom 2.8.2017 S. 7 f.). Aus dem individuellen Konto der Ausgleichskasse Schwyz, den Lohnkonti 2013 - 2015 sowie dem Schreiben der Arbeitgeberin vom März 2016 (IV-act. 15-9ff./11; 16-2/2 und 31) ergibt sich vielmehr, dass die Versicherte von 2012 bis 2016 alljährlich eine Lohnerhöhung erhalten hat. Der Verweis hierzu auf den Abklärungsbericht vom 17. März 2017 Ziff. 4.1 (IV-act. 52-4/6) ist nicht einschlägig. Die vom Abklärungsdienst darin festgehaltene telefonische Angabe der Arbeitgeberin vom 21. März 2017, wonach die Versicherte keine Lohnerhöhung erhalten habe, kann sich aufgrund der Aktenlage (insb. vorerwähnte IV-act. 31) nur auf das Jahr 2017 beziehen (vgl. Erw. 3.2.1 zweiter Absatz hiervor).

3.4 Soweit die Versicherte für die Ermittlung des hypothetischen Valideneinkommens die Heranziehung der "Lohnstatistik" postuliert, kämen einzig die Tabellenlöhne LSE 2014 TA1 in Frage (Ziff. 86-88 Kompetenzniveau 1, Frauen), wobei dieses Bruttoeinkommen im 90%-Pensum von Fr. 51'861.35 tiefer ausfällt (vgl. Erw. 3.3 erster Absatz hiervor), als das auf der Basis des im Jahre 2016 im 80%-Pensum erzielten Einkommens berechnete, hypothetische Valideneinkommen von Fr. 55'665.35, was letztlich der Intention der Versicherten zuwiderläuft. Eine Heranziehung der Tabelle LSE 2014 T1_b (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftsabteilungen, beruflicher Stellung und Geschlecht Privater und öffentlicher Sektor zusammen) steht dagegen nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gänzlich ausser Frage (vgl. BGE 142 V 178 Erw. 2.5.7; Urteil 8C_228/2017 vom 14.6.2017 Erw. 4.2.2).

Im Übrigen wäre es auch offensichtlich unsachgemäss, würde man bei der Bemessung der Invalidität beim hypothetischen Valideneinkommen auf die (höheren) Werte der TA1_b-Tabellen abstellen, "welche sich in einem erheblich weitergehenden Masse inkongruent zu den bisherigen statistischen Entscheidungsgrundlagen erweisen" (BGE 142 V 178 Erw. 2.5.7) und beim hypothetische Invalideneinkommen auf die (tieferen) Werte der LSE 2014 TA1-Tabellen.

3.5 Nachdem die Heranziehung der (relevanten) "Lohnstatistik" zu einem tieferen hypothetischen Valideneinkommen von Fr. 51'861.35 führen würde, bleibt es vorliegend beim hypothetischen Valideneinkommen von Fr. 55'665.35, welches auf der Basis des im Jahre 2016 im 80%-Pensum erzielten Einkommens errechnet worden ist. Es besteht auch gar kein Anlass hiervon abzuweichen. Da das Valideneinkommen in casu nicht unterdurchschnittlich ist, sondern vielmehr über dem massgebenden branchenüblichen LSE-Tabellenlohn (TA1, Ziff. 86-88 [Gesundheits- und Sozialwesen]; vgl. Erw. 3.3 erster Absatz hiervor, vgl. dazu auch BGE 135 V 297 Erw. 6.1.2 f.; Urteil 8C 490/2011 vom 11.1.2011 Erw. 3.2.3) liegt, fällt eine Einkommensparallelisierung ausser Betracht.

3.6 Als Zwischenergebnis ist somit festzuhalten, dass aus der Gegenüberstellung des hypothetischen Valideneinkommens von Fr. 55'665.35 (Erw. 3.2.1 i.f. hiervor) und des hypothetischen Invalideneinkommens von Fr. 32'710.50 (Erw. 3.2.3 i.f. hiervor) eine Erwerbseinbusse von Fr. 22'954.85 resultiert, was einem Invaliditätsgrad von 41.24% entspricht.

4.1 Die Frage, ob ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist, ist rechtlicher Natur (BGE 137 V 71; Urteil des BGer 9C_551/2012 vom 18.2.2013 Erw. 5.4.1). Mit dem Abzug vom Tabellenlohn soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 Erw. 3b/aa) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 Erw. 5.2). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25% nicht übersteigen (BGE 126 V 75 Erw. 5b/bb-cc).

4.2 Gemäss dem C._____ -Gutachten vom 13. Oktober 2016 können der Versicherten körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und

rotierte Körperhaltungen, ohne häufiges Laufen, insbesondere auf Treppen, Leitern und schrägen Ebenen sowie ohne häufige kniende Positionen bei voller Stundenpräsenz zu 100% zugemutet werden. Zusätzliche Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung können ihr gesamthaft bei voller Stundenpräsenz zu 60% (Arbeitsunfähigkeit 40%) zugemutet werden (IV-act. 46-46/83 Ziff. 13.2). Wie die RAD-Ärztin F. _____ in ihrer Stellungnahme vom 13. Dezember 2016 dazu zutreffend festgehalten hat, gab der orthopädische Gutachter einzig ergonomische Einschränkungen wieder, ohne Pensumreduktion. Die Einschränkung einer Arbeitsunfähigkeit von 40% bei voller Präsenz erfolgte durch den psychiatrischen Gutachter (IV-act. 49-5/5).

4.3 Im Umstand, dass der Versicherten nur mehr körperlich leichte, wechselbelastende Arbeiten zumutbar sind - ohne häufiges Laufen, Knien und ohne inklinierte, reklinierte sowie rotierte Körperhaltungen - besteht nach der Rechtsprechung kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug. Das ärztlich umschriebene Anforderungsprofil leidensangepasster Arbeiten schränkt die Einsatzmöglichkeiten im niedrigsten Anforderungsprofil denn auch nicht übermässig stark ein. Der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 umfasst bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22.3.2017 Erw. 3.4.2; 8C_97/2014 vom 16.7.2014 Erw. 4.2; 9C_386/2012 vom 18.9.2012 Erw. 5.2; 8C_870/2011 vom 24.8.2012 Erw. 4.1). Die psychischen Beschwerden sind in Art und Ausmass der Behinderung bereits weitestgehend - mit einer Arbeitsunfähigkeit von 40% - berücksichtigt, zumal sie aus rein somatischer Sicht in einer leidensangepassten Erwerbstätigkeit zeitlich uneingeschränkt nachgehen könnte. Insoweit kann die reduzierte Arbeitsfähigkeit für den Leidensabzug nicht zusätzlich veranschlagt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_878/2014 vom 27.1.2015 Erw. 5.2.5 mit Hinweisen). Grundsätzlich nicht als abzugsrelevant anerkannt werden können Umstände wie fehlende Flexibilität quantitativer und qualitativer Art, Gefahr überproportionaler Krankheitsabsenzen etc. (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_381/2012 vom 25.6.2012 Erw. 3.2.2 mit Hinweisen). Im Übrigen fallen Stellen, welche eine solche Flexibilität verlangen, bei der Versicherten vorweg ausser Betracht, ohne dass gesagt werden könnte, das aufgrund des Anforderungs- und Belastungsprofils in Frage kommende Arbeitsmarktsegment im Kompetenzniveau 1 werde dadurch entscheidend verkleinert (vgl. SVR 2010 IV Nr. 28 S. 87 Erw. 2.3.1 f. [9C_708/2009]). Auch eine psychisch bedingt verstärkte Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen ist bisher von der Gerichtspraxis nicht als

eigenständiger abzugsfähiger Umstand anerkannt worden (Urteile des Bundesgerichts 8C_97/2014 vom 16.7.2014 Erw. 4.2; 8C_712/2012 vom 30.11.2012 Erw. 4.2.1).

Der Umstand, dass die Versicherte zwar ganztags arbeitsfähig, hierbei aber (aus psychiatrischer Sicht) nur reduziert leistungsfähig ist, rechtfertigt grundsätzlich keinen Abzug vom Tabellenlohn (Urteile des Bundesgerichts 8C_711/2012 vom 16.11.2012 Erw. 4.2.5; 8C_419/2012 vom 21.9.2012 Erw. 3.1; 8C_20/2012 vom 4.4.2012 Erw. 3.3; 9C_796/2013 vom 28.1.2014 Erw. 3.1.2 je mit Hinweisen). Ebenso wenig ist im geltend gemachte Migrationshintergrund der 1961 in der Schweiz geborenen und 2002 wieder in die Schweiz eingereisten Versicherten ein lohnminderndes Erschwernis im Sinne der Rechtsprechung zu erkennen (Urteil 9C_199/2013 vom 4.2.2014 Erw. 3.4.2; vgl. auch Urteil 9C_611/2013 vom 11.2.2014 Erw. 3.2.2). Die Versicherte spricht gemäss der Aktenlage fließend Schweizerdeutsch mit leichtem Akzent und kann auch deutsch schreiben (vgl. IV-act 21-2/5; 20-2/19; 29-2/10). Sie war während vieler Jahre ohne längere Abwesenheit in der ihr nach wie vor offen stehenden Arbeitswelt integriert und hat verschiedene Weiterbildungen absolviert (vgl. IV-act. 20-1/29; 20-7ff./29). Ein abzugsbegründender Nachteil ist in dieser Hinsicht nicht ersichtlich (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_334/2013 vom 24.7.2013 Erw. 3). Bei Erstattung des MGSG-Gutachten vom 13. Oktober 2016 war die Versicherte noch keine 56 Jahre alt (zum massgeblichen Zeitpunkt vgl. BGE 138 V 457 Erw. 3.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_268/2014 Erw. 2.2), womit bis zur ordentlichen Pensionierung eine Restaktivitätsdauer von rund acht Jahren verblieb. Da Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) altersunabhängig nachgefragt werden, muss sich ein fortgeschrittenes Alter nicht zwingend lohnsenkend auswirken (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_403/2017 vom 25.8.2017 Erw. 4.4.1; 8C_805/2016 vom 22.3.2017 Erw. 3.4.3). Die Versicherte kann nach wie vor von ihrer langjährigen Berufserfahrung und Weiterbildungen profitieren und damit den Anpassungs- und Angewöhnungsaufwand gering halten. So kann sie beispielsweise auch im Rahmen der angestammten Tätigkeit als Pflegeassistentin ihre erworbenen Kenntnisse in kosmetischer Fusspflege und Fussreflexzonenmassage (vgl. IV-act 20-1/29; 20-16/29; 20-19ff./29) einsetzen (vgl. IV-act. 29-3/10) und dadurch die fehlende Möglichkeit der Ausübung von körperlich belastenden Arbeiten zumindest teilweise kompensieren, was mit Blick auf die verbleibende Aktivitätsdauer positiv zu werten ist. Soweit die Versicherte höhere BVG-Beiträge und einen erhöhten Ferienanspruch anführt, mag es zwar zutreffen, dass Arbeitnehmer in fortgeschrittenem Alter nach einem gesundheitlich bedingten Stellenverlust deswegen Lohneinbussen in Kauf nehmen müssen. Mangels

zuverlässiger statistischer Grundlagen, welche die lohnwirksamen Nachteile des fortgeschrittenen Alters bei einem Stellenverlust aufzeigen, kann dies indessen nicht generell-abstrakt beurteilt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_439/2017 vom 6.10.2017 Erw. 5.6.4). Mit Bezug auf die Versicherte mit ihrer langjährigen Berufserfahrung sowie den absolvierten Aus- und Weiterbildungen (vgl. IV-act. 20-1f./29; 20-7ff./29) fehlen ausreichende Anhaltspunkte dafür, dass sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufgrund ihres Alters verglichen mit anderen Beschäftigten ihrer Alterskategorie mit einem geringeren Lohn rechnen müsste, weswegen sich ein Abzug vom Tabellenlohn wegen des Alters nicht begründen lässt.

4.4 Ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt sich vorliegend allenfalls insoweit, als die Auswirkung der psychischen Beschwerden nicht bereits in der Arbeitsunfähigkeit von 40% (bei voller Präsenz) berücksichtigt sein sollten, d.h. namentlich soweit "zusätzliche Arbeiten" weder eine erhöhte emotionale Belastung noch Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit beinhalten dürfen und damit ihr Zumutbarkeitsprofil zusätzlich einschränken. Hierfür kommt ein Leidensabzug im Umfang von maximal 10% in Frage.

Anzufügen ist indessen, dass bei Wahrnehmung einer regelmässigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung durch die Versicherte sowie einer regelmässigen Einnahme der verordneten antidepressiven Medikation innert Jahresfrist (seit Erstattung des C._____-Gutachten vom 13.10.2016) eine Reduktion der Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit auf 30% bei voller Präsenz zu erwarten ist (IV-act. 46-47/83 Ziff. 13.4), was gegen einen zusätzlichen Abzug vom Tabellenlohn wegen der Auswirkung der psychischen Beschwerden spricht.

Diese Frage braucht indessen nicht abschliessend geklärt zu werden, denn selbst wenn der Versicherten in Anbetracht des eingeschränkten Zumutbarkeitsprofils ein Abzug von insgesamt maximal 10% zu gewähren wäre, würde dies nicht zu einer höheren Rente führen. Ein um 10% reduziertes hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 29'439.45 ($\text{Fr. } 32'710.50 \times 0.9$), entspricht gegenüber dem hypothetischen Valideneinkommen von Fr. 55'665.35 einer Erwerbseinbusse von Fr. 26'225.90, was einem Invaliditätsgrad von 47.11% entspricht, welcher ebenfalls zu einer Viertelsrente der Invalidenversicherung berechtigen würde (Erw. 1.1 hiervor).

5. Im Ergebnis erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abgewiesen wird. Dementsprechend werden die Verfahrenskosten der

Beschwerdeführerin auferlegt. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie hat einen Kostenvorschuss von Fr. 500.-- bezahlt, so dass die Rechnung ausgeglichen ist.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG, SR 173.110).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (A)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 15. November 2017

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 12. Dezember 2017

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I

